

С.С. Стебунов,
А.Н. Лычиков, С.Н. Занько,
Э.С. Питкевич

Республиканская больница ГУ
ЛП и СКУ управления делами
Президента РБ, Гомельский
медицинский институт,
Витебский медицинский
университет

Использование антиоксидантов в предоперационной подготовке к лапароскопическим операциям больных с повышенным операционным риском

На основании функциональных методов обследования 216 больных, в том числе и с повышенным операционно-анестезиологическим риском, доказана эффективность и необходимость применения фармакологических препаратов с антигипоксическими, антиоксидантными, стресспротекторными и кардиопротекторными свойствами в комплексе предоперационной подготовки к операциям в условиях пневмоперитонеума. Метод позволил уменьшить количество осложнений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы и избежать летальных исходов у лиц с сопутствующими заболеваниями.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, пневмоперитонеум, повышенный операционный риск, предоперационная подготовка, антигипоксанты.

Введение

В настоящее время количество лапароскопических операций исчисляется десятками тысяч. Эти операции стали методом выбора в лечении целого ряда заболеваний органов брюшной полости и малого таза. К таким операциям, в частности, относят холецистэктомию и вмешательства при гинекологических заболеваниях [2]. Однако даже в тех областях хирургии, где лапароскопические операции стали методом выбора, остается еще ряд нерешенных вопросов. Так, до сих пор противопоказанием для операций в условиях напряженного пневмоперитонеума является наличие тяжелых сопутствующих заболеваний дыхательной, сердечно-сосудистой систем, ожирения и других состояний. Открытым остается вопрос о возможности применения методов лапароскопической хирургии у больных пожилого и старческого возраста, которые имеют повышенный операционный риск. Накопление опыта лапароскопических операций позволило расширить показания к вмешательствам у таких больных. В связи с этим все большее значение приобретает решение вопросов отбора больных для операций в условиях пневмоперитонеума, показаний и противопоказаний,

а также предоперационного обследования этой группы больных [4,10,11].

Актуальным является вопрос поиска способов уменьшения отрицательного влияния пневмоперитонеума на функции организма и применение малоинвазивных методик у больных с повышенным операционным риском.

Больным с повышенным операционно-анестезиологическим риском необходимо проводить медикаментозную и иную подготовку, направленную на компенсацию имеющихся нарушений функций важнейших органов и систем, а также повышения резервных возможностей организма с целью снижения риска осложнений.

Особенностью лапароскопических операций, ввиду использования карбоксиперитонеума, является резкое изменение условий кровообращения и гиперкапния, что создает предпосылки для возникновения у лиц с сопутствующими заболеваниями выраженных гемодинамических сдвигов и развитию гипоксии тканей. Это побудило нас обратить свое внимание на фармакологические средства с антигипоксическим действием и изучить эффективность их применения у больных с повышенным операционным риском при проведении операций в условиях пневмоперитонеума.

Препараты новой группы фармакологических средств - антигипоксанты, эффективность действия которых базируется на защите тканей от кислородного голодания, разработаны на кафедре фармакологии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова в 70-х годах под руководством профессора В.М.Виноградова для решения специфических проблем военной медицины.

Представитель класса антигипоксантов - актопротектор бемитил обладает целым рядом свойств, таких как антигипоксические, антиишемические, кардиопротекторные, стресспротекторные, антиоксидантные, иммуностимулирующие [3, 7, 8]. Важным свойством бемитила является его высокая совместимость как с другими фармакологическими препаратами психотропной метаболической направленности, так и с адаптогенами. Для бемитила показана способность уменьшать побочные

отрицательные эффекты антибиотиков, иммунодепрессантов, транквилизаторов, потенцировать эффекты ноотропов, психостимуляторов, адаптогенов, витаминов [3].

Патологический процесс и предстоящая операция являются для больных сильными стимулами эмоциональных реакций. Психотравмирующие факторы, накладываясь на определенные особенности соматического и психологического характера, особенно у больных пожилого и старческого возраста, способствуют формированию невротической дезадаптации и напряжению вегетативно-гуморальных систем регуляции, что является одним из важных факторов патогенеза ряда осложнений. К ним относятся нарушения деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, обострение и усугубление имеющихся хронических заболеваний, проявление скрыто протекавших нарушений систем жизнеобеспечения. В предоперационном периоде на фоне стресса неизбежно создаются условия для дальнейшей активизации процессов ПОЛ, а также наблюдается целый комплекс соматовегетативных нарушений, коррекцию которых необходимо проводить в комплексе мероприятий по подготовке к вмешательству, что особенно важно у лиц с повышенным операционным риском [6].

Поэтому задачу предоперационной подготовки у лиц с сопутствующими заболеваниями мы видим не только в нормализации процессов жизнеобеспечения и выведении нарушенных функций в стадию компенсации, но в уменьшении эмоционального стресса и повышении общей резистентности организма. Повышение резистентности организма в предоперационном периоде является важнейшим этапом профилактики интра- и послеоперационных осложнений, а также реабилитационных мероприятий после операции.

Материалы и методы

Предоперационная подготовка больных с высоким операционно-анестезиологическим риском должна включать следующие моменты: тщательное обследование для выявления явных и скрытых форм сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности с применением дополнительных методов исследования (спирография, реография, велоэргометрия, анализ газового состава крови); коррекция имеющихся сопутствующих заболеваний с выведением их в стадию компенсации; профилактика возможных интраоперационных осложнений с учетом выявленных патофизиологических изменений и их динамики; повышение функциональных возможностей и общей резистентности организма; применение в качестве пред-

операционной подготовки фармакологических препаратов с антиоксидантным, стресспротекторным и антигипоксическим действием; создание плана оперативной техники по каждому конкретному больному в соответствии с исходным состоянием и возможными осложнениями во время операции.

Для предоперационной подготовки больных перед лапароскопической холецистэктомией у больных с сопутствующими заболеваниями нами использованы препараты с антигипоксической активностью - ноотропил, бемитил и креатинфосфат.

Препарат бемитил является представителем группы актопротекторов, разрешен для клинического применения фармакологическим комитетом МЗ СССР. Бемитил больные принимали внутрь по 1 таблетке (0.25 г) 2 раза в день в течение 3-5 дней в предоперационном периоде и в течение 3-5 дней после операции, начиная со 2-х суток.

Пирацетам применялся в предоперационном периоде в дозах от 15 до 50 мг/кг массы тела больного 1-2 раза в сутки в течение 3-5 дней с последующим переводом на пероральное введение в количестве 0.8 г в сутки (утром и днем).

У больных со значительными ишемическими нарушениями для предоперационной подготовки, а также во время операции использовался креатинфосфат в виде препарата «НЕОТОН» в дозах 1-2 г (с учетом кардиопротекторного и мембраностабилизирующего действия последнего) в комплексе с вышеуказанными препаратами.

Эффективность разработанных методов предоперационной подготовки изучена на 216 больных, подвергшихся лапароскопической холецистэктомии. Функциональные и биохимические исследования проведены у 120 больных с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также без наличия факторов риска. Уровень «стрессорных» гормонов и эффективность применения бемитила в качестве стресспротекторного средства изучены у 96 больных с калькулезным холециститом.

Возраст обследуемых от 52 до 79 лет ($64,1 \pm 0,8$ года). Установлено, что наиболее часто встречающимися сопутствующими заболеваниями у них являлись ИБС (44,2 %), ГБ (17,5 %) и хронические обструктивные заболевания легких (30,8 %). Многие больные имели по два и более сопутствующих заболевания (табл. 1). Функциональный класс стенокардии устанавливался в соответствии с Канадской классификацией, дополненной рекомендациями ВКНЦ РАМН [1, 12]. Наличие ИБС у больных было подтверждено велоэргометрически-

ми исследованиями, ЭКГ, наличием в анамнезе перенесенного инфаркта миокарда, а также кардиографией у части больных.

Все больные были разделены на две группы, сравнимые по факторам риска и возрасту (табл.1). 1-я группа (60 больных) - контрольная, получала перед операцией терапию в

обычном объеме (антиангинальные препараты, седативные). В предоперационную подготовку больных 2-й группы (60 больных) включены препараты с антигипоксическими свойствами. Исследования проводились при поступлении и за сутки до операции.

Таблица 1. Сопутствующие заболевания и факторы риска у обследуемых больных

Фактор риска	1 группа (n=60)		2 группа (n=60)	
	Число больных	%	Число больных	%
Постинфарктный кардиосклероз	3	5	5	8.3
Аортальный порок сердца	2	3.3	1	1.7
Сочетанный порок сердца	1	1.7	2	3.3
ИБС (II-IV ФК)	20	33.3	25	41.7
Гипертоническая болезнь 2 ст.	6	10	7	11.7
Гипертоническая болезнь 3А ст.	4	6.7	4	6.7
Бронхиальная астма	6	10	4	6.7
Хр.обструктивный бронхит	11	18.3	10	16.7
Тромбэмболическая бол-нь (кафafilьтp)	0	0	2	3.3
Эмфизема легких	3	5	3	5
Атеросклероз аорты и мозговых сосудов	8	13.3	9	15
Инсульт в анамнезе	1	1.7	1	1.7
Ожирение 3-4 ст.	9	15	9	15
Нарушения сердечного ритма	5	8.3	5	8.3
Нефросклероз	3	5	2	3.3
Сахарный диабет	7	11.7	7	11.7
Возраст старше 60 лет	32	53.3	36	60

Центральную гемодинамику исследовали методом тетраполярной грудной реографии на серийном аппарате P4-02; *толерантность к физической нагрузке* определялась на велоэргометре с использованием стандартного алгоритма непрерывной ступенчатой возрастающей функциональной нагрузки (1-4 степени) с регистрацией 3-х отведений по Небу. Определялась степень ишемии, выполненной нагрузки, времени сохранения ишемической реакции, двойного произведения, выраженности гипертензивной реакции; *мониторинг гемодинамических показателей*, а также сатурации кислорода в крови во время исследований и операции проводился с использованием аппарата «Protocol» (США); *суточная запись ЭКГ и контроль АД* производились с использованием компьютерной системы для холтеровского мониторирования «Medilog Optima» с регистраторами ЭКГ и АД «Oxford» и последующей компьютерной обработкой по методике Холтера с оценкой наличия и выраженности эпизодов ишемии и аритмии, регистрации АД сист., АД диаст., и АД ср. Определялась суммарная амплитуда интервала ST и другие признаки ишемии. ЭКГ-критериями ишемической реакции на этапе подготовки к

операции и во время вмешательства являлись суммарный подъем интервала ST более 6 мм и суммарная депрессия интервала ST более 6 мм, а также повышение конечного диастолического давления в левом желудочке, уменьшение ударного объема по данным эхокардиографии. *Функцию внешнего дыхания* изучали методом *спирографии* на аппарате «Methatest» (Германия). Определялись показатели частоты дыхания (ЧД), объем дыхания (ДО), жизненная емкость легких (ЖЕЛ), форсированная ЖЕЛ (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1 с (ОФВ1), минутный объем дыхания (МОД), индекс Тиффно (ОФВ1/ЖЕЛ), максимальная вентиляция легких (МВЛ). Для оценки резервов функции внешнего дыхания и их компенсаторных возможностей применяли *нагрузочную пробу* путем дыхания газовой смесью с повышенным содержанием CO₂ и обедненной O₂ по закрытому контуру из резинового мешка емкостью 3 л. Фиксировалось время (в сек.) нагрузки до появления одышки (Тнагр.) и время восстановления исходной ЧД (Твосст.). Состояние *внутрисердечной гемодинамики*, наличие зон а- и гипокинеза определялись методом эхокардиографии в М MOD и 2 В-режимах с 4-х камерной позиции верху-

шечной и парастеральной линии на аппарате «Toshiba». Концентрацию в сыворотке крови «стрессорных» гормонов (кортизол, тиреотропный гормон, пролактин) определяли методом РИА (наборы ИБОХ, РБ).

Полученные цифровые результаты исследований статистически обрабатывались с помощью пакетов программ Microsoft и Excel Statgraph на персональном компьютере IBM Pentium 100. Оценка статистической значимости показателей и различий рассматриваемых выборок проводилась с использованием двухвыборочного t-теста Стьюдента с разными дисперсиями.

Результаты и обсуждения

У всех обследованных лиц перед операцией констатируется эмоциональное напряжение различной степени выраженности. Об этом свидетельствует уровень стрессорных гормонов, в частности, кортизола в крови - 480.09 ± 23 (норма - 430 ммоль/л).

Больные, получавшие до операции бемитил, субъективно предъявляли меньше жалоб на кардиальные нарушения, диафрагмальные боли, потерю аппетита и сна. В клинике у них возросла физическая активность. На сутки раньше по отношению к больным с традиционной подготовкой нормализовалась температура тела и раньше, чем при традиционном лечении у этих больных было констатируется удовлетворительное состояние.

Применение бемитила при ишемической болезни сердца обусловлено наличием у препарата выраженного противоишемического действия, активацией энергопродуцирующих

и репаративных процессов, подавлением реакций свободнорадикального окисления благодаря быстро развивающейся активации синтеза ферментов и структурных белков. Применение бемитила приводило к улучшению самочувствия больных, повышению их психической и физической активности, переносимости физических нагрузок. На фоне действия бемитила продолжительность работы увеличивалась на 26 %, ее объем - на 25 % по сравнению с аналогичными показателями у группы больных, получавших нитраты и блокаторы кальция (по данным велоэргометрии). Он вызывает общее снижение потребления кислорода организмом путем ингибирования микросомального окисления с одновременной оптимизацией альтернативных путей энергопродукции. Защищает ткани организма от ишемического повреждения, повышает резистентность организма при острых гипоксиях различного генеза. Препарат рекомендуется применять совместно с ноотропилом (пирацетамом), который улучшает энергетический потенциал организма за счет ускорения процесса ресинтеза АТФ, оказывает положительное влияние на обменные процессы, стимулируя окислительно-восстановительные процессы и усиливая утилизацию глюкозы мозгом. Ноотропил усиливает действие бемитила.

На рисунке 1 отражены показатели функции внешнего дыхания больных обеих групп. У больных 1-й группы имеются умеренные нарушения функции внешнего дыхания, что проявляется уменьшением ЖЕЛ и ОФВ1 в среднем на 16-18 %, МВЛ - на 40 %, ФЖЕЛ - на 23 %, увеличением индекса Тиффно до 109 %.



Рис. 1. Влияние антигипоксантов на функцию внешнего дыхания (в % к норме)

Обнаружено, что применение в предоперационном периоде у больных 2-й группы с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой и легочной систем бемитила в комбинации с пирацетамом в течение 3-5 дней значительно улучшает показатели функции внешнего дыхания по сравнению с больными, кото-

рым специальной предоперационной подготовки не проводилось.

Изучение нагрузочных проб показало, что в результате предоперационной подготовки с применением антигипоксантов улучшаются показатели резервных возможностей легких и, тем самым, уменьшается риск оперативного вмешательства (рис.2.).

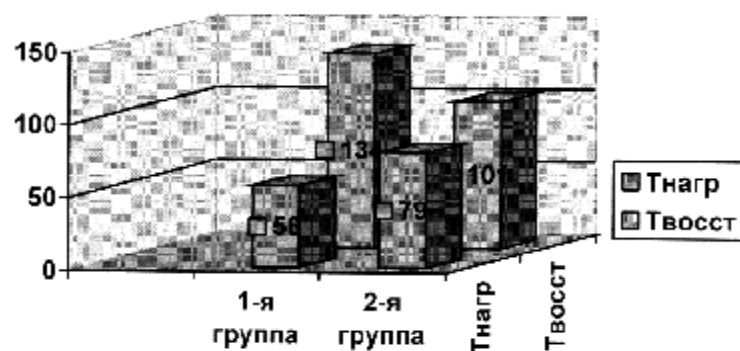


Рис. 2. Показатели нагрузочных проб у больных перед операцией (в сек.)

В 1-й группе больных среднее время нагрузки (Тнагр.) оказалось равным 56.1 ± 2.3 сек, а время восстановления составило (Твосст.) 134.3 ± 4.2 сек. Это свидетельствует о том, что у части больных 1-й группы имела место скрытая дыхательная недостаточность. У таких больных оперативное лечение было временно отложено, предоперационная подготовка продолжена с включением фармакологических препаратов группы антигипоксантов. Во 2-й группе Тнагр. – 79.2 ± 3.8 сек., Твосст. – 101.4 ± 4.5 , что указывает на хороший уровень компенсаторных возможностей дыхательной системы перед операцией.

В таблице 2 отражены показатели гемодинамики и сократительной функции миокарда у больных по данным реографии и эхокардиографии.

Таблица 2. Показатели эхокардиографии у больных с сопутствующими заболеваниями

Показатели	1-я группа	2-я группа
ЧСС, в мин	74.6 ± 1.2	63.5 ± 2.3 *
Адсист., мм рт.ст.	151.1 ± 2.2	126.0 ± 9.2 *
АД диаст., мм рт.ст.	87.6 ± 2.1	76.4 ± 4.5 *
АД ср., мм рт.ст.	109.5 ± 1.7	92.4 ± 6.8 *
КДР л.ж., мм	57.7 ± 0.9	51.6 ± 2.5 *
КСР, мм	43.1 ± 0.8	37.3 ± 2.1 *
КДО, мл	163.9 ± 6.1	129.6 ± 11.6 *
КСО л.ж., мл	78.7 ± 4.1	59.3 ± 7.8
УО л.ж., мл	53.1 ± 1.2	69.9 ± 6.8 *
ФВ л.ж., %	52.2 ± 0.5	54.2 ± 3.8
AD, %	26.2 ± 0.2	28.2 ± 2.4
Vcf, см/с	0.93 ± 0.03	1.01 ± 0.11
МО, л/мин	6.4 ± 0.3	4.3 ± 0.5 *
СИ, л/мин.м ²	3.7 ± 0.2	2.3 ± 0.5 *
ОПСС, дин.с.см ¹⁵	1422.4 ± 41.4	1699.5 ± 83.9 *

Примечание: * - достоверные ($P < 0.05$) различия между группами

Установлено, что ЧСС и показатели АД у больных 1-й группы были достоверно выше, чем у больных 2-й группы. У пациентов с сопутствующими заболеваниями без предоперационной подготовки отмечались достоверно более высокие показатели КДР л.ж., КСР л.ж., а также КСО л.ж. Эти изменения указывают на снижение тонуса миокарда и его сократительной способности, вызываемые, по всей видимости, органическими изменениями в миокарде, связанными с сопутствующей ИБС, гипертонией. У больных 2-й группы таких изменений не наблюдалось, что может быть связано с кардиопротекторным и противоишемическим действием антигипоксантов, несмотря на непродолжительный курс лечения.

По сравнению с группой пациентов, получавших противоишемическую защиту, у пациентов 1-й группы отмечались меньшие значения ФВ л.ж., AD и Vcf, что указывает на снижение сократительной функции миокарда левого желудочка у последних. У больных 1-й группы отмечалось увеличение таких показателей, как МО и СИ. Это связано как с большей ЧСС, так и большими значениями УО л.ж. ОПСС у этих больных было несколько ниже вследствие большей величины МО в данной группе.

Для выяснения изменения компенсаторных возможностей сердечно-сосудистой системы в процессе предоперационной подготовки были проведены также исследования толерантности к физической нагрузке у больных с сопутствующей ИБС до и через 5 дней после лечения.

Из таблицы 3 следует, что предоперационная подготовка с включением фармакологических препаратов существенно увеличивает время до появления приступа стенокардии и снижения ST на 1 мм, статистически значимо увеличивает величину ДП, а также выполненную работу до появления ишемических проявлений, то есть, повышает толерантность у больных ИБС к физической нагрузке.

Анализ мониторинга во время операции, а также течение послеоперационного периода показали, что применение специальной подготовки к лапароскопическим операциям снижа-

ет количество интра- и послеоперационных осложнений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем в 4 раза (таблица 4.).

Таблица 3. Влияние антигипоксантов на толерантность к физической нагрузке у больных с ИБС

Показатель	До лечения	После лечения
T1, мин	8.5±0.5	12.3±0.7 *
T2, мин	8.7±0.9	10.7±0.8 *
ДП	164±9.6	201±11 *
Нагрузка, Вт х мин	538±55	789±69 *

Примечание: T1 - время до появления снижения сегмента ST на 1 мм; T2 - время до появления приступа стенокардии; ДП — величина «двойного произведения» к моменту снижения ST на 1 мм; нагрузка - величина выполненной работы к моменту снижения ST на 1 мм; * - достоверные (p<0.05) различия в процессе лечения.

Таблица 4. Результаты лечения больных с высоким операционным риском

Осложнения	1 группа (n=60)		2 группа (n=60)	
	Число больных	%	Число больных	%
Инфаркт миокарда	1	1.7	0	0
Инсульт	2	3.3	0	0
Ишемия миокарда	4	6.7	1	1.7
ТЭЛА мелких ветвей	2	3.3	1	1.7
Приступ стенокардии	5	8.3	2	3.3
Обострение хр.бронхита	5	8.3	2	3.3
Пневмония	1	1.7	0	0
Правосторонний плеврит	1	1.7	0	0
Летальность	1	1.7	0	0
Всего:	22	36.7	6	10.0

Выводы

1. Под воздействием фармакологических препаратов из группы антигипоксантов улучшаются показатели функционального состояния миокарда и дыхательной системы, повышаются резервные возможности, толерантность к физической нагрузке, уменьшаются явления стресса.

2. Проведенные исследования свидетельствуют о высокой эффективности разработанных методов предоперационной подготовки, что позволяет рекомендовать их для широкого применения у больных с повышенным операционно-анестезиологическим риском.

Литература

1. Гасилин В.С., Сидоренко Б.А. Стенокардия. М, 1981. 235 с.
2. Емельянов С.И., Матвеев Н.Л., Феденко В.В. Лапароскопическая хирургия: прошлое и настоящее. Эндоскопическая хирургия. №1. 1995. С. 5-8.

3. Кашина Е.А. Изыскание фармакологических препаратов, улучшающих энергетический обмен и активирующих восстановительные процессы в миокарде. Автореф. дисс. канд. меднаук. Санкт-Петербург. 1995. 23 с.
4. Левитэ Е.М., Феденко В.В., Константинов В.В. и др. Анестезиологическое обеспечение лапароскопической хирургии - современное состояние проблемы. Эндоскопическая хирургия. 2/3 1995. С. 48-54.
5. Лосев С.С., Высочин Ю.В. Актпротекторы - перспективный класс для фармакологической защиты человека в осложненных условиях деятельности //Анти-гипоксанты и актпротекторы: итоги и перспективы. - Санкт-Петербург. 1994. С. 193.
6. Сачек М.Г., Лызилов А.Н., Питкевич Э.С. Стратегия повышения резистентности организма больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости / Фармакологическая коррекция гипоксических состояний. Тезисы докладов I Всесоюзной

- конференции (Москва, 27-28.01.1988 г).
Ижевск, 1988, С. 115.
7. Семиголовский Н.Ю. Моделирование антигипоксантами защитных синдромов. Подходы к классификации препаратов // Антигипоксанта и актопротекторы: итоги и перспективы. Санкт-Петербург. 1994. С. 132.
8. Смирнов А.В., Криворучко Б.И., Зарубина И.В.,
Смирнов В.А., Кашина Е.А., Миронова О.П., Лукк М.В., Марышева В.В.
Фармакологическая коррекция нарушений энергетического обмена в миокарде при острой гипоксии и ишемии. / Гипоксия. Механизмы, адаптация, коррекция. Матер. Всерос. конф. М., 1997. С. 112.
9. Способ предоперационной подготовки больных при выполнении плановых хирургических операций. (Инструкция на метод). Разрешение МЗ РБ на клиническое применение №03/120-9406 от 9.06.94. Авторы: М.Г.Сачек, Э.С.Питкевич, А.Н.Лычиков, М.О.Лозинский, Ю.Г.Бобков, А.В.Фомин, С.С.Стебунов.
10. Cozz C., Rambaldi M., Affiisso A. Et al. Anesthesia. Laparoscopic surgery. The nineties. Masson 1994; 77-90.
11. Gordon L.A., Shapiro S.J., Daykhovsky L. Problem-solving in laparoscopic surgery. Surg Endosc 1993; 7: 348-355.
12. WHO. Nomenclature and criteria for diagnosis of ischemic heart disease //Circulation. 1979; 59:607.

И.М.Арестова

Витебский государственный
медицинский университет,
г. Витебск

Клинические особенности генитального герпеса

Среди вирусных инфекций, поражающих генитальные органы, герпетическая инфекция встречается наиболее часто. Этому возбудителю принадлежит значимая роль в этиологии невынашивания беременности, нарушении эмбрио- и органогенеза, поражении фетоплацентарного комплекса, врожденной патологии и заболеваемости новорожденных. Около 90 % населения во всех странах мира инфицировано одним или несколькими типами вируса герпеса, а рецидивирующие герпетические инфекции встречаются у 9-12 % жителей разных стран. Инфицированность и заболеваемость постоянно растут, опережая естественный прирост населения Земли. Особенно быстро увеличивается число зарегистрированных случаев генитального герпеса - за последнее десятилетие на 168 %. Герпес-вирусная инфекция, локализованная на наружных и внутренних половых органах, - генитальный герпес (ГГ) - является одной из наиболее социально-значимых проблем в клинической гинекологии, акушерстве, урологии, дерматовенерологии. Как правило, развитие инфекции в отсутствие специфических антител к вирусу, то есть первичная герпетическая инфекция, клинически протекает более тяжело и чаще сопровождается осложнениями. Вторичная инфекция может быть результатом реактивации эндогенного вируса и/или реинфекции другим штаммом вируса и обычно имеет более мягкое течение. Клинические прояв-

ления инфекций, вызываемых ВПГ 1 и 2 типов, чрезвычайно разнообразны как по локализации, так и по распространенности и тяжести процесса. Наиболее тяжелые формы инфекции развиваются у новорожденных и у людей с иммунодефицитами различной природы. ГГ часто вызывает значительную боль и дискомфорт, нарушение сексуальных отношений и может быть причиной психологических нарушений у многих пациентов. Угроза рецидивов очень реальна и может усиливаться из-за психологических стрессов у пациентов с генитальным герпесом. Пациенты, инфицированные ВПГ-2, имеют в среднем около 4-х рецидивов в первый год после первичной инфекции, а некоторые - до 12 рецидивов в год. Однако, как первичный эпизод ГГ, так и последующие рецидивы могут быть излечены. Мы думаем, что разнообразие проявлений интоксикации, клиническая картина заболевания и местные изменения гениталий при ГИ зависят от степени иммунной компроментированности больного, а адекватность проводимой терапии и выздоровление при ГГ во многом определяются клиническим вариантом течения ВПГ-инфекции и степенью повреждения иммунного ответа организма. Поскольку выбор адекватной терапии и успехи лечения ГГ во многом зависят от варианта клинического течения, в статье рассмотрены клинические особенности генитального герпеса.